

LISTA DEL PROVEEDORES ALTERNATIVOS DEL PLAN ALTERNATIVO

NOMBRE DEL CONSUMIDOR (<i>Apellido, Nombre, S.I.</i>)	NUM. DE AHCCCS	FECHA
---	----------------	-------

DOMICILIO (<i>Num., Calle, Ciudad, Estado, Código postal</i>) (<i>Cruce más cercano</i>)	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO. ()
--	---------------------	------------------

INDIQUE EL NIVEL DE PREFERENCIA DEL CONSUMIDOR:

(basado en la preferencia del consumidor por de qué rápido necesitará un encargado sustituto si el encargado regular no estaría disponible). Identifique uno

1. Llene el hueco dentro de 2 horas 2. Necesita servicios hoy 3. Llene el hueco dentro de 48 horas 4. Próxima visita fijada

Servicio Primario

AGENCIA AUTORIZADA	TELÉFONO ()
--------------------	-----------------

COMUNICARSE CON ESTA PERSONA DE LA AGENCIA	NÚM DE HORAS AUTORIZADAS	TELÉFONO DE URGENCIA/FUERA DE HORAS ()
--	--------------------------	--

Horas que los servicios sean provistos

domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado

Servicio Secundario

AGENCIA AUTORIZADA	TELÉFONO ()
--------------------	-----------------

COMUNICARSE CON ESTA PERSONA DE LA AGENCIA	NÚM DE HORAS AUTORIZADAS	TELÉFONO DE URGENCIA/FUERA DE HORAS ()
--	--------------------------	--

Horas que los servicios sean provistos

domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado

ADICIONAL INFORMACIÓN

PLAN ALTERNATIVO

Si un proveedor no viene para una jornada fijada, ¿Qué es el plan alternativo?

PROGRAMA DIARIA (*Si Aplicable*)

NOMBRE DEL PROGRAMA	TELÉFONO ()
DIRECCIÓN DEL PROGRAMA DIARIA	COMUNICARSE CON
DÍAS Y HORAS QUE ASISTE	MÉTODO DE TRANSPORTE

SALUD - MEDICO

MEDICO DE CUIDADO PRIMARIO	TELÉFONO ()	PREFERENCIA DE HOSPITAL
----------------------------	-----------------	-------------------------

CONDICIÓN(ES) MÉDICOS GRAVES

MEDICACIONES ACTUALES Y HISTORIA SIGNIFICANTE DE PROBLEMAS CON LA MEDICACIÓN

TIENE QUE APUNTA LAS MEDICACIONES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA LA MEDICACIÓN
--	---

APARATOS AYUDANTES	<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> El oído	<input type="checkbox"/> Aparatos dentales	<input type="checkbox"/> Movilidad
--------------------	---------------------------------	----------------------------------	--	------------------------------------

APARATOS PROTECTORES: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	PROPÓSITO:
--	------------

INSTRUCCIONES PARA UTILIZARLO:

NOMBRE DEL CONSUMIDOR (<i>Apellido, nombre de pila, S.I.</i>)	NÚM DE AHCCCS	FECHA
---	---------------	-------

NOMBRES Y TELÉFONOS DE PERSONAS SIGNIFICATIVAS Y PROVEEDORES QUE LES LLAMARÁ EN CASO DE UN HUECO: NOMBRE LAS QUE LE CONOCEN LO MEJOR AL CONSUMIDOR

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO ()	FUERA DE HORAS ()
NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO ()	FUERA DE HORAS ()
NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO ()	FUERA DE HORAS ()
NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO ()	FUERA DE HORAS ()
NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO ()	FUERA DE HORAS ()

¿ES EL CONSUMIDOR SU PROPIO TUTOR LEGAL? Sí No

AHCCCS REQUIERE LO SIGUIENTE:

Entiendo que tengo el derecho de recibir todos los servicios en mi plan (cuidado personal, tareas domésticas, respiro y habilitación en un arreglo de vivir diseñado individualmente.) para ayudarme con bañar, asistencia de higiene personal, vestirse, comer, trasladarme a o de mi cama y silla de ruedas u otros actividades similares de la vida diaria como sean necesarios. Estos servicios se llaman ‘servicios críticos’. Entiendo que la División de Incapacidades de Desarrollo debe asegurarse que recibo estos servicios críticos sin demoras. Si hay alguna demora y no recibo estos servicios a tiempo, la División de Incapacidades de Desarrollo debe proporcionarlos dentro de 2 horas de la hora en la que se les notificó del hueco, excepto en caso que específico otra cosa al momento del hueco*. Entiendo que si no recibo mis servicios críticos a tiempo, debería llamar al mi Coordinador de Apoyo y/o agencia de proveedor para informarnos del problema. También entiendo que no se puede reducir mis otros servicios de largo plazo para compensar para los servicios críticos que no recibí a tiempo.

Entiendo que para que recibir servicios debo estar en casa y dispuesto para recibir los servicios provisto. Si escojo no aceptar los servicios o el proveedor de los servicios que ya se puso de acuerdo, Entiendo que debo decirlo a mi Coordinador de Apoyo. Han sido revisado este plan conmigo y con el estoy de acuerdo.

Favor de hacer el miembro/representante firmar aquí al momento de desarrollar el plan inicial

FIRMA DEL CONSUMIDOR / PERSONA RESPONSABLE _____ FECHA _____

RELACIÓN AL CONSUMIDOR _____

AHCCCS REQUIERE LO SIGUIENTE:

Mi Coordinador de Apoyo revisó este plan conmigo durante mi visite anual/trimestral de repaso. Mi firma abajo indique mi acuerdo seguido con este plan y que no cambios son necesarios. Entiendo que puedo cambiar el nivel de preferencia de servicio a cualquier momento, incluso al momento en que ocurra un hueco. Si quiero cambiar este plan y al menos una vez cada año, mi gerente de caso y yo haremos un Plan Alternativo Nuevo.

Favor de hacer el consumidor/persona responsable firmar aquí para señalar acuerdo seguido con este plan a cada repaso de servicios. Si el miembro/representante desea cambiar la información de este plan, se debe escribir un plan nuevo. Se requiere un plan nuevo al menos una vez cada año.

FECHA DE REPASO _____ FIRMA DEL CONSUMIDOR / PERSONA RESPONSABLE _____

FECHA DE REPASO _____ FIRMA DEL CONSUMIDOR / PERSONA RESPONSABLE _____

FECHA DE REPASO _____ FIRMA DEL CONSUMIDOR / PERSONA RESPONSABLE _____

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA) y la Ley de Derechos Civiles del año 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en lugares de empleo, programas, servicios o actividades basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo: 602-542-6825; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.

* Se define un hueco en los servicios críticos como la diferencia entre el numero de horas fijadas de servicios críticos, que son fijadas en el plan de cuidado de cada individuo y las horas fijadas del tipo de servicio critico que fueran actualmente dado al individuo